

社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）	資料 1
令和 5 年11月27日	

認知症への対応力強化（改定の方角性）

厚生労働省 老健局

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

これまでの分科会における主なご意見(認知症への対応力強化)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<認知症への対応力強化>

<基本的な考え方>

- BPSDを予防する適切なケアあるいはBPSD出現時に早急に対応する適切なケアを、次回改定で評価して進めていくべきではないか。
- 各加算の算定状況について、その低水準の要因をよく分析した上で、要件設定における課題の有無を明確にし、認知症関連加算を重点化し、認知症対応力を向上させる方向で再考すべきではないか。
- 認知症専門ケア加算といった加算については、算定状況が非常に低い。現場の声をしっかり聞き取り、算定状況を上げることも検討することが必要ではないか。
- 認知症への対応力強化の関係で、認知症に関する研修を受けた職員をしっかりと配置できるようにするなど、前向きな検討が必要ではないか。
- 対象者の大きな増加が見込まれる2040年に向けて、支援体制の強化が必要ではないか。
- 認知症対応力については、介護現場で発生しているトラブルの解決を目指す対応力も、強化するべきではないか。

<評価指標、データ活用について>

- 介護現場においては、事業所によってばらばらに認知機能を評価するのではなく、共通な指標を現場で使っていくことが必要ではないか。また、介護現場だけではなく、医療の現場においても、認知機能評価指標を共通で使っていただく、つまり横串を通すことが必要ではないか。
- 新たな評価尺度については、生活機能に着目し、できること、できる可能性があることに視点を置いた認知症ケア、あるいはケアプランに資することが重要。既存のツールを上回る有用性のエビデンスが示されることが不可欠ではないか。
- 認知症の認知機能、生活機能に関する評価尺度の活用方法について、認知症の認知機能、生活機能を評価することで、より質の高い認知症ケアの提供につながるものとする必要があるか。
- 認知症に係る取組の情報公表をぜひ推進していくべき。
- 全ての加算の算定状況が分かるように、適切な分析を行うべき。現場で努力している事業所であっても、現行の加算の算定要件では、適正に評価されにくい実態があるのではないかと考えており、さらに分析を進めることが必要ではないか。
- 認知症基本法に定められている、認知症の人が個性と能力を十分に発揮するためには、認知症の方が持っている能力、いわゆる認知機能をしっかりと評価することが必須ではないか。
- 通所系サービス等を利用して支援すると同時に、その方々の残存する認知能力だけでなく、生活能力を高く評価する尺度が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(認知症への対応力強化) ②

<認知症への対応力強化>

<専門職間の連携>

- 認知症の方に寄り添ったケアを提供するために医師と連携はもちろん、ケアマネあるいは訪問看護、訪問介護、生活をサポートする方々などと、チームによる連携で管理支援の体制をつくっていくことが大変重要ではないか。
- 認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者など、専門人材の活用と評価が重要ではないか。

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

※第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国ホームヘルパー協議会から、以下について要望があった。

- (1) 質の高い訪問介護の事業継続を可能とする基本報酬の引き上げ
- (2) ホールヘルパーの役割や専門性に対する評価
- (3) サービス提供責任者の業務に対する適切な評価
- (4) 統一した訪問介護計画書様式の作成
- (5) 人材確保の取り組みに対する支援と訪問介護の魅力発信
- (6) 同一建物等減算（集合住宅減算）の適正化
- (7) 既存の訪問介護と連携できる複合型のサービス類型の制度設計

※第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、日本ホームヘルパー協会から、以下について要望があった。

○現場では、認知症専門ケア加算の要件を満たすことが困難。訪問介護の見直しが必要。

- (1) 人材確保や雇用の継続に繋がる給与設定ができる報酬単価の設定
- (2) 土日・祝日・年末年始の手当の保証
- (3) 退院・退所時のカンファレンスへ参加した場合の加算の創設、医療依存度の高い利用者へのサービス提供に係る加算の創設、看取り加算の創設、感染に防止に配慮した介護サービス提供に係る加算の創設
- (4) 認知症専門ケア加算の要件の見直し、通院等乗降介助の算定方法の見直し

これまでの分科会における主なご意見(認知症への対応力強化) ③

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、日本認知症グループホーム協会から以下について要望があった。

- (1) 賃金・物価の上昇傾向を踏まえた基本報酬の充実
- (2) 認知症ケアの評価の充実（質の高い認知症ケアをしている事業所への評価）、地域における認知症ケアの拠点化の推進
- (3) 入居者の重度化、看取りへの対応の充実（医療連携体制加算の見直し、個々の重度化の容態に応じた適切なサービス提供）
- (4) 介護人材の有効活用（介護支援専門員の柔軟な働き方が可能となるような方策）

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会から、以下について要望があった。

- (1) 経費高騰に係る基本報酬上の評価
- (2) 独居及び高齢者のみ世帯への支援に係る評価
- (3) 要支援の高齢者を受け入れやすい環境整備の検討
- (4) 人員配置の基準緩和

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護協議会から、以下について要望があった。

- (1) 物価・賃金高騰の影響を踏まえた、処遇改善、人材確保等の支援
- (2) 価格高騰重点支援地方交付金の支援内容について、各都道府県等による格差の是正
- (3) 介護・福祉職の処遇改善関連加算の整理・統廃合と書式の更なる簡素化、配分ルールの見直し
- (4) 新しい複合型サービスの創設（定期巡回・随時対応型訪問介護看護と通所介護を組み合わせた地域包括ケアモデルの推進）
- (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の統合
- (6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護について、以下の項目の検討
 - ・ LIFEの推進、科学的介護推進体制加算の創設を含めた対応
 - ・ 認知症ケア専門加算の算定要件の緩和および認知症対応への評価拡充
 - ・ 退院時共同支援加算やターミナルケア加算の算定可
 - ・ 通所介護や短期入所利用時の減算の見直し（定期巡回・随時対応型訪問介護看護のみ）
 - ・ オペレーターの集約についての対応

これまでの分科会における主なご意見(認知症への対応力強化) ④

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、認知症の人と家族の会から、以下について要望があった。

○BPSD対応を十分にいただいている事業所への質の高いケアへの負担増に反対するものではなく、むしろ専門職や支援事業所としては、症状に苦しむ当事者を突き放すのではなく、真に寄り添う姿勢を評価していただく報酬体系を望む。看取り対応について、認知症の人を介護する家族は、認知症の人がその人らしく看取られる場合の報酬充実を望みます。具体的には、看取りの場の死の場面で行われる加算ではなく、看取り期を通して見守る支援を評価していただきたい。

※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、日本精神科病院協会から、以下について要望があった。

○重度認知症疾患療養体制加算のアップを要望する。精神保健福祉士、作業療法士、多職種協働のサービスが提供され、診療体制が整っているということは、認知症の本人、家族にとっても非常に安心できる。

※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。

○生活機能向上連携加算に関して、ICTの活用が認められ、加算区分が2種類になったが、依然として算定率は低調。生活機能向上連携加算の要件に資する取組は、地域で支える体制として重要な観点であることから、当該加算の取組を行っている通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションに係る加算要件となる体制を要望する。また、派遣可能な機関を増やすために、200床以上の保険医療機関、認知症疾患医療センターを追加してはどうか。

※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、日本作業療法士協会会長から、以下について要望があった。

○認知症の状態像に応じて、リハビリテーション専門職による適切な支援体制の整備が必要。

認知症への対応力強化 目次

論点 1. 認知症加算の見直し(通所介護、地域密着型通所介護)	10
論点 2. 認知症専門ケア加算の見直し (訪問系サービス)	15
論点 3. 認知症の行動・心理症状への対応及び認知症の評価尺度の活用	21

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

論点① 認知症加算の見直し（通所介護、地域密着型通所介護）

論点

- 平成27年度介護報酬改定において、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する者を積極的に受け入れるための体制構築の観点から、通所介護・地域密着型通所介護において、認知症加算を創設したところ。
- 認知症状のある利用者へのサービス提供の実施状況は、通所介護が93.1%、地域密着型通所介護が90.0%であるが、認知症加算の算定率は日数ベースで、
 - ・通所介護 3.0%（H31.4）→2.6%（R4.4）
 - ・地域密着型通所介護 1.4%（H31.4）→1.1%（R4.4）と減少傾向である。
- 認知症加算は「認知症自立度Ⅲ以上の利用者の割合が20%以上」を満たす必要があるが、通所事業所等の認知症自立度Ⅲ以上の利用者の割合は、およそ17~18%程度であった。
- 認知症加算を算定していない理由として、「人員基準に規定する配置に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算で2名以上確保することが難しい」が49.3%、次いで「認知症日常生活自立度「Ⅲ」「Ⅳ」「M」に該当する利用者の割合が20%未満」が43.0%となった。
- こうした状況を踏まえ、通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算について、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 現行の利用者の受入要件（認知症自立度Ⅲ以上の利用者の割合が20%以上）について、認知症自立度の受入割合のデータ等を踏まえ、利用実態に即して見直すこととしてはどうか。
- また、事業所全体で認知症利用者に対応する観点から、従業者に対する認知症ケアに関する事例検討会等を定期的を開催することとしてはどうか。

○認知症状のある利用者へのサービス提供の実施状況：R3年度老人健康増進等事業「在宅生活継続にあたり通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護が果たす役割に関する調査研究事業」（一般社団法人全国介護事業者連盟）

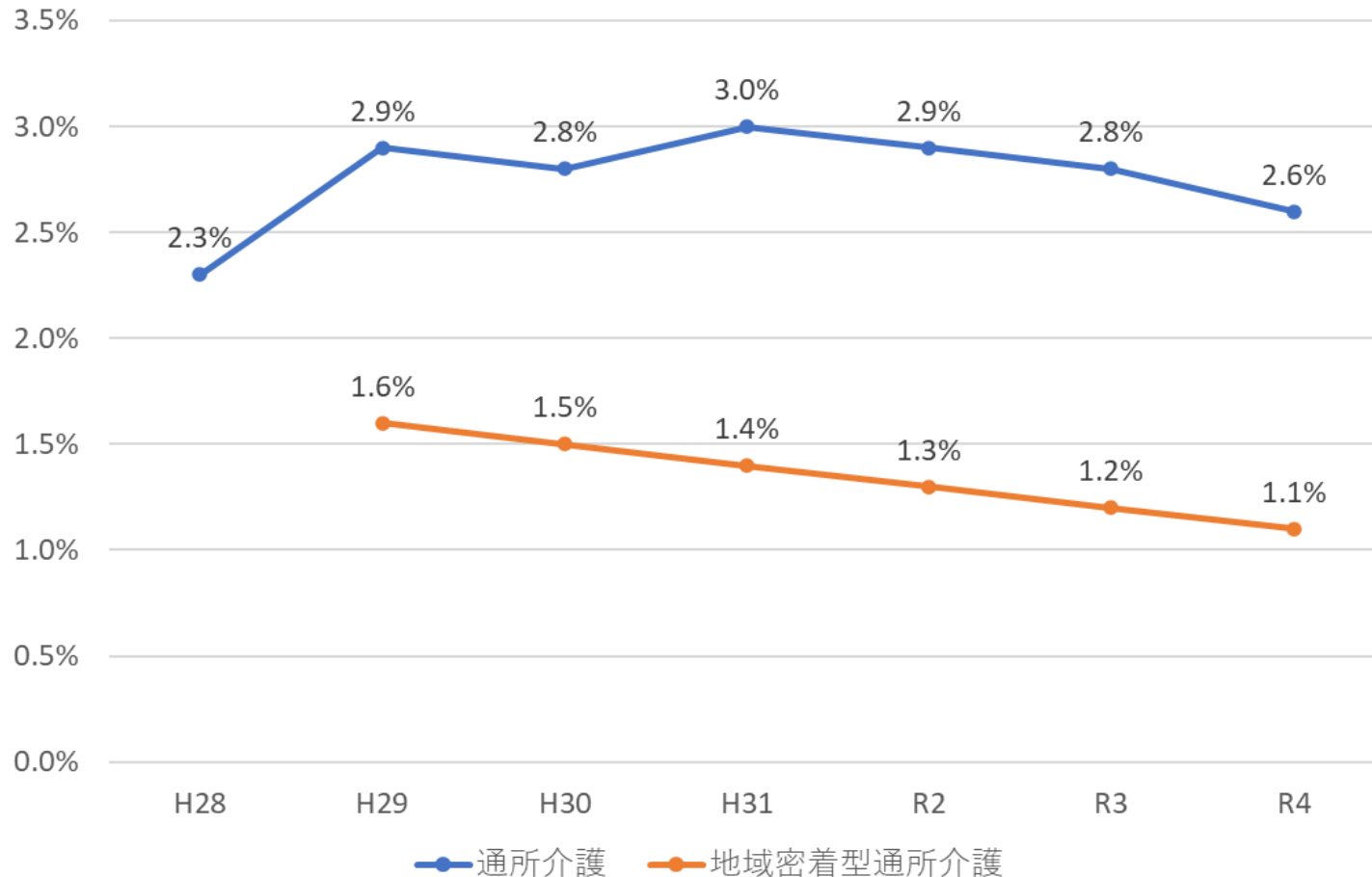
○認知症加算の算定率：介護給付費実態統計 日数ベース：認知症加算算定日数／通所介護（地域密着型通所介護）総算定日数（平成31年度4月審査分、令和4年4月審査分）

○認知症自立度別割合：介護保険データベースより任意集計（令和4年12月審査分）

認知症加算の算定状況

- 認知症加算は平成27年度介護報酬改定により設けられた加算である。通所介護では、平成31年度までは算定率は上がっているが、以降は年々減少している。
 - 地域密着型通所介護では、地域密着型通所介護ができた平成28年当初より認知症加算が設けられているが、算定率は年々減少している。
- ※ なお、各年4月審査分（3月サービス提供分）のデータのため、通所介護の値は平成28年度から、地域密着型通所介護の値は平成29年度からとなる。

■ 認知症加算の算定率（日数ベース）

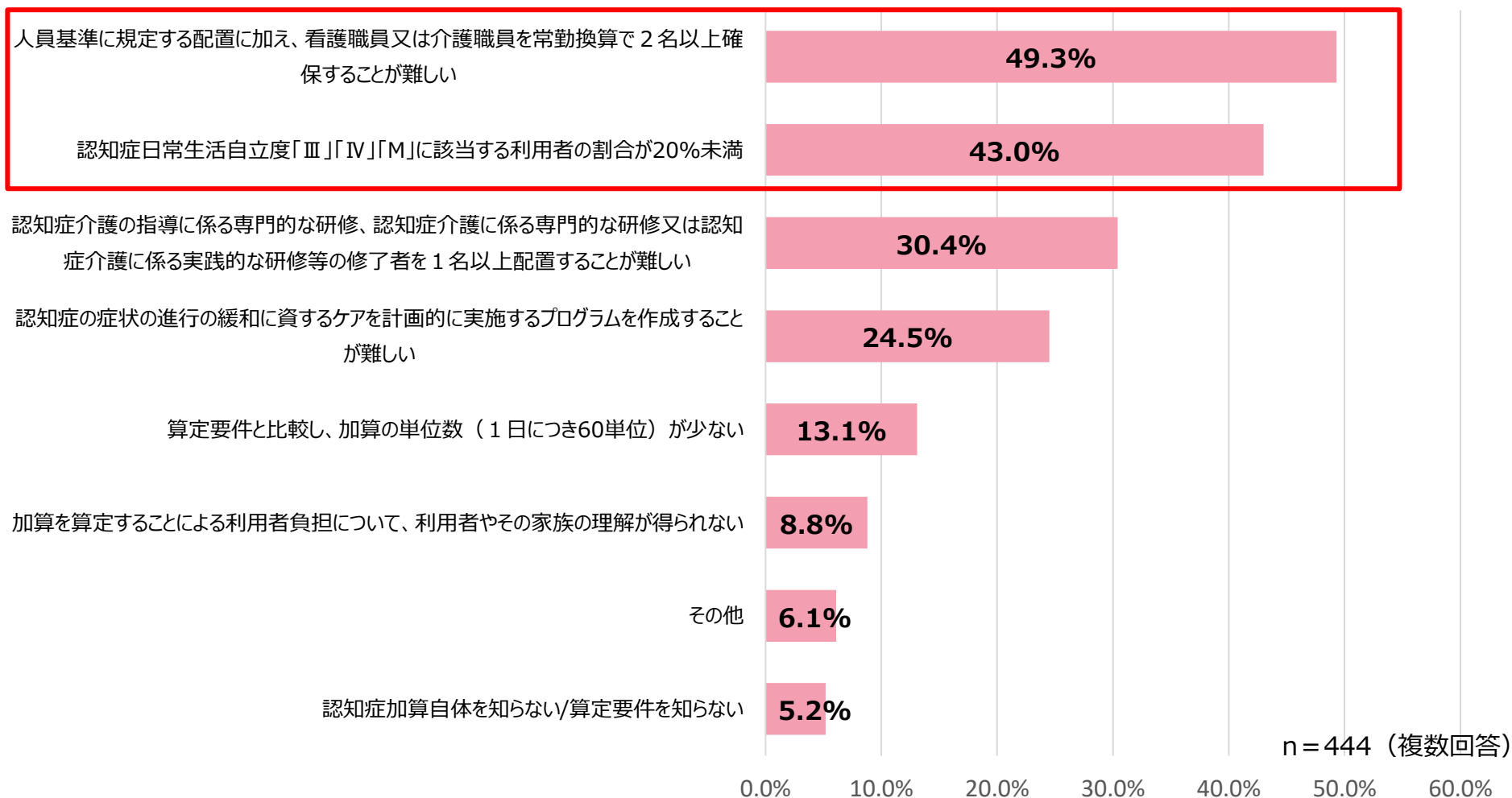


【出典】介護給付費実態統計（各年4月審査分）より作成

日数ベース：認知症加算算定日数／通所介護（地域密着型通所介護）総算定日数

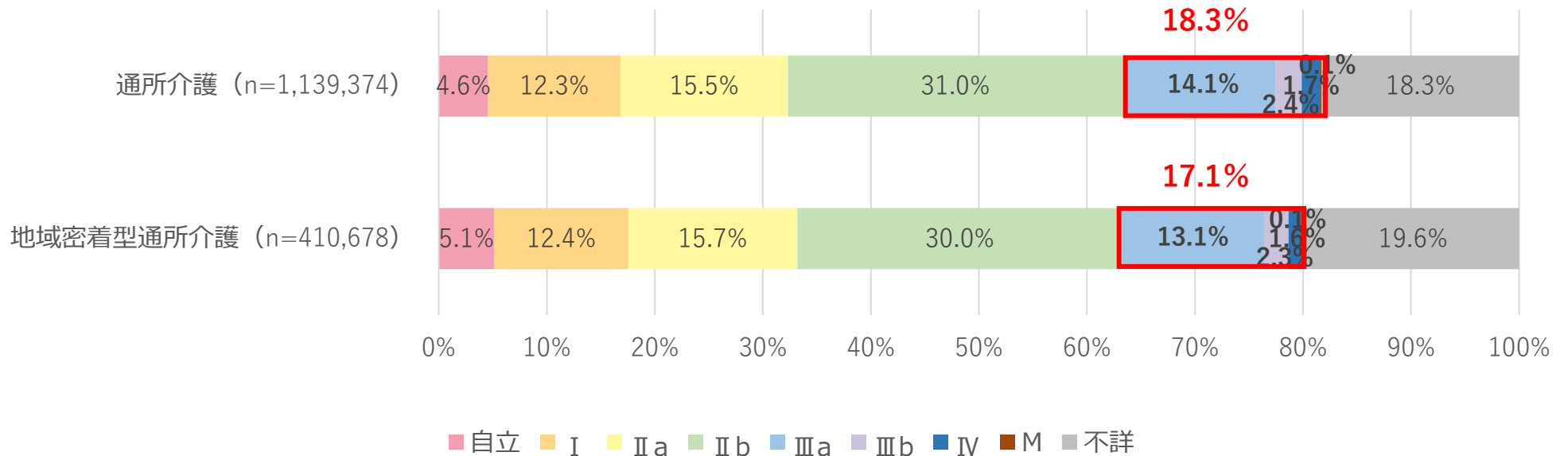
認知症加算を算定していない理由

○ 認知症加算を算定していない理由としては、「人員基準に規定する配置に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算で2名以上確保することが難しい」が49.3%、次いで「認知症日常生活自立度「Ⅲ」「Ⅳ」「M」に該当する利用者の割合が20%未満」が43.0%となった。



認知症高齢者の日常生活自立度

- 認知症高齢者の日常生活自立度は、通所介護、地域密着型通所介護共に「II b」が約3割と一番大きく、「II a」が15%程度と次に大きい。
- 日常生活自立度「III」～「M」の割合を合計すると、約17～18%程度となった。

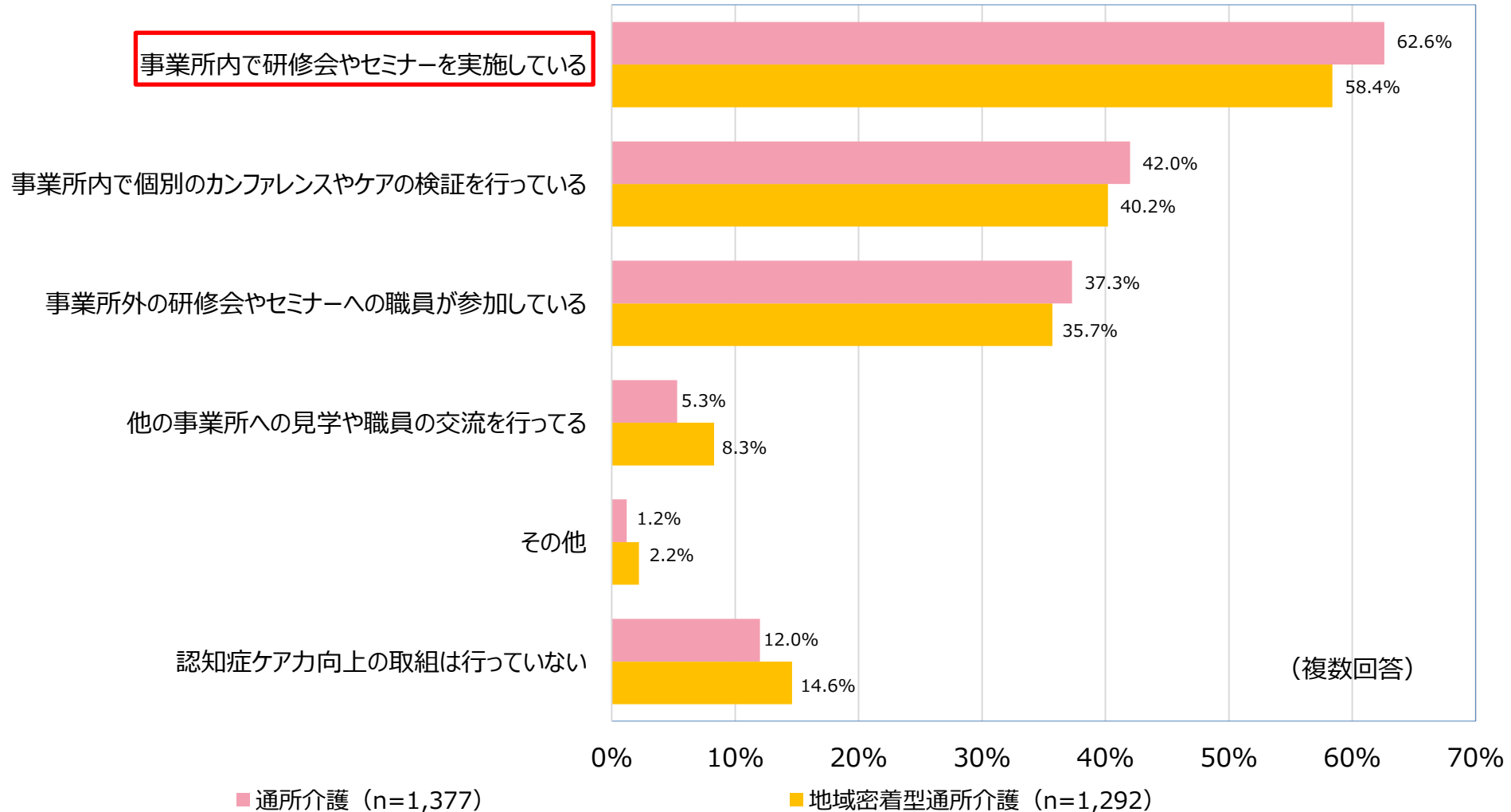


■認知症高齢者の日常生活自立度別の総利用者数

	合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不詳
通所介護(人)	1,139,374	52,102	139,615	176,563	353,324	160,979	27,573	19,745	1,273	208,200
構成割合(%)	100.0%	4.6%	12.3%	15.5%	31.0%	14.1%	2.4%	1.7%	0.1%	18.3%
地域密着型通所介護(人)	410,678	21,082	50,938	64,316	123,408	53,955	9,328	6,507	461	80,683
構成割合(%)	100.0%	5.1%	12.4%	15.7%	30.0%	13.1%	2.3%	1.6%	0.1%	19.6%

認知症ケア力向上の取組

- 全てのサービスで「事業所内で研修会やセミナーを実施している」が6割程度と最も多く、次いで「事業所内で個別のカンファレンスやケアの検証を行っている」が4割程度となった。



論点

- 令和3年度介護報酬改定において、在宅の中重度者も含めた認知症対応力を向上させていく観点から、訪問介護等の訪問系サービスにおいて認知症専門ケア加算が設けられたところ。
- 当該改定においては、当時の他の施設系等サービスの算定要件と同様に、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合が1/2以上（利用者の受け入れに関する要件）等を満たすこととしたところであるが、訪問介護においては、当該条件に該当する事業所は少数であり、必ずしも各サービスの利用実態と合致していない状況。
- また、認知症専門ケア加算の算定が困難な理由として、「利用者の受け入れに関する要件を満たすことが困難」が最たる理由として挙げられている。
- 他方、算定実績のない事業所においても、認知症ケアに関する専門的研修修了者を配置し、事業所内での研修の実施等、認知症対応力の向上に向けた取組を行っている状況。
- 訪問介護等利用者の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合は増加傾向にあり、今後も増加が見込まれる認知症の人に対して、認知症対応力を向上させていくことが必要。
- こうした状況を踏まえ、訪問介護等における認知症対応力を更に向上させる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 認知症専門ケア加算について、訪問介護等における認知症高齢者の重症化の緩和を図ることや日常生活自立度Ⅱの者に対しても、適切に認知症の専門的ケアを行っている事業所を評価する観点から、利用者の受入割合に関する要件を利用実態に即して見直すこととしてはどうか。

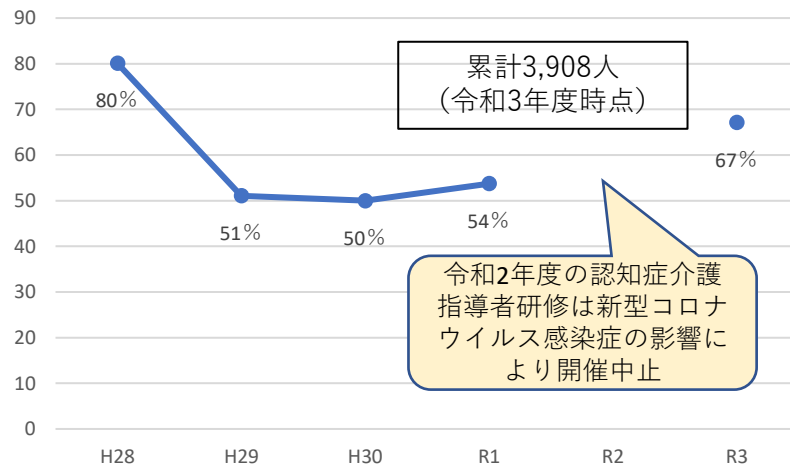
※ 対象サービス：訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

認知症介護に係る研修の受講状況（認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修）

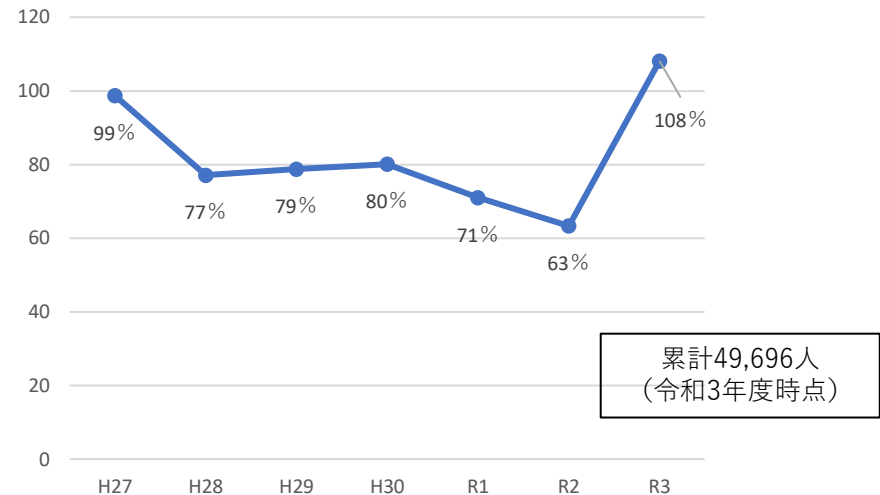
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、実施主体である都道府県・指定都市等において認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修等の研修が実施されている。
- 近年の定員充足率は50～90%で推移しており、受講希望者は概ね受講出来ている状況。
- 地域によっては受講希望者が定員を上回っている実態もあるため、各地域で必要に応じて定員を増やす等といった取り組みを求めていく。（なお、適切な受講枠の確保については保険者機能強化推進交付金の活用を可能としている）
- 介護人材が不足する中、現場の負担軽減を考慮しつつケアの質の向上を図る必要があることから、引き続き受講しやすい環境づくりと研修の在り方について検討していく。

研修の定員充足率（%）（※全国総定員数÷申込者数×100）

認知症介護指導者研修



認知症介護実践リーダー研修



※H27年の調べでは認知症介護指導者研修の定員数及び申込者数を調査していないため、グラフはH28以降の数値。

※認知症総合支援事業等実施状況調べ

※R4年度は認知症介護指導者研修31%、認知症介護実践リーダー研修78%程度となる見込み。

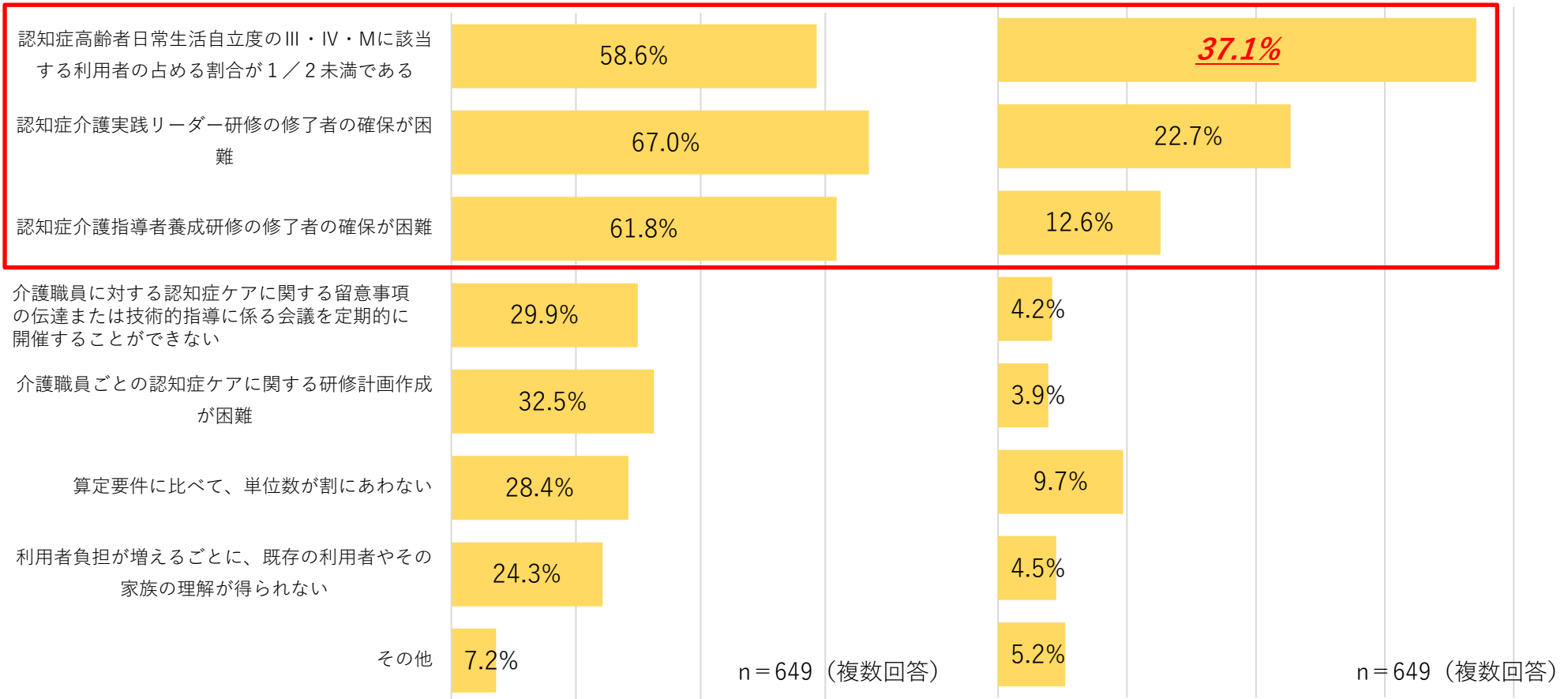
訪問介護 認知症専門ケア加算（算定していない理由）

- 認知症専門ケア加算を算定していない事業所における算定していない理由については、「認知症介護実践リーダー研修の修了者の確保が困難」が67.0%で最も割合が高く、次いで「認知症介護指導者養成研修の修了者の確保が困難」が61.8%、「認知症高齢者日常生活自立度のⅢ・Ⅳ・Ⅴに該当する利用者の占める割合が1／2未満である」が58.6%であった。
- また、最もあてはまるものについては、「認知症高齢者日常生活自立度のⅢ・Ⅳ・Ⅴに該当する利用者の占める割合が1／2未満である」が37.1%で最も割合が高かった。

■認知症専門ケア加算を算定していない理由

■算定していない理由のうち最もあてはまるもの

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0%

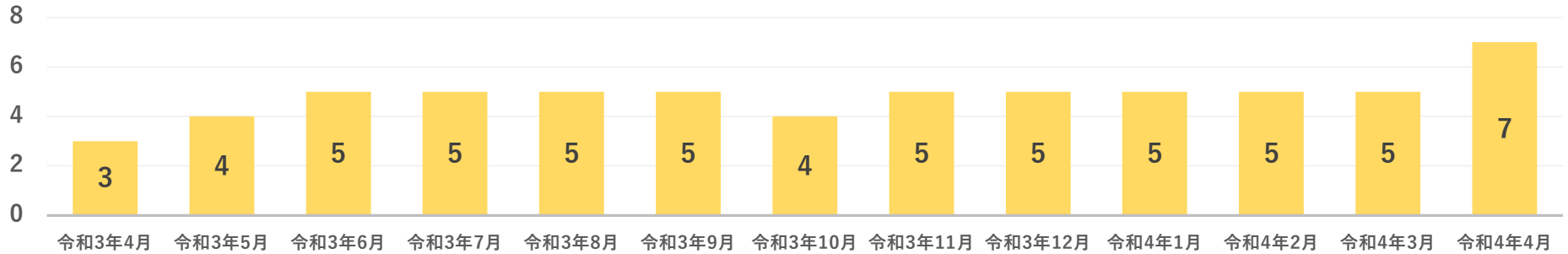


(無回答を除く)

訪問介護 認知症専門ケア加算の算定状況等

- 介護給付費実態統計における令和3年4月からの1年間における認知症専門ケア加算の算定状況は非常に低い水準で推移しており、令和4年4月時点で（Ⅰ）は7事業所、（Ⅱ）の算定実績はない状況。
- また、当該加算の算定要件でもある認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ～Mの利用者の割合が1/2以上である事業所の割合は1割程度であった。

■ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定事業所数 ※算定率は概ね0.01% なお、認知症専門ケア加算（Ⅱ）は算定実績なし。



※介護給付費等実態統計（各月審査分）より作成

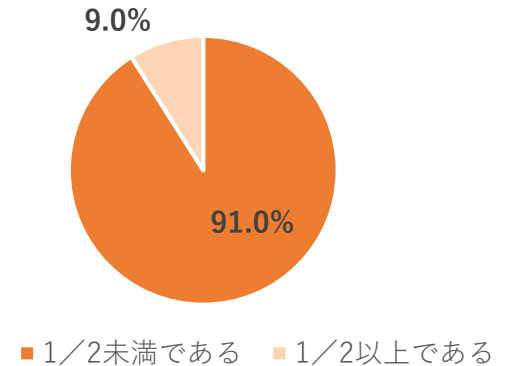
■ 認知症高齢者の日常生活自立度別の総利用者数

	合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数（人） <small>※不明を除く</small>	16,856	3,917	3,561	3,092	2,548	1,782	827	759	370
構成割合（%）	100.0%	23.2%	21.1%	18.3%	15.1%	10.5%	4.9%	4.5%	2.1%

II～Mである者の割合は55.4%

III～Mである者の割合は22.0%

■ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ～Mの利用者の割合について

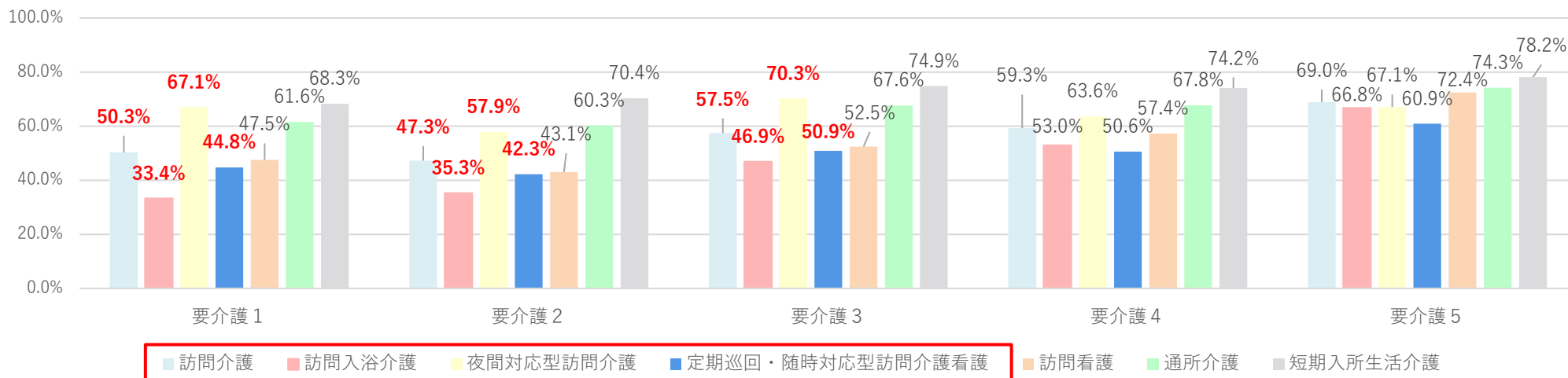


n=649（無回答を除く）

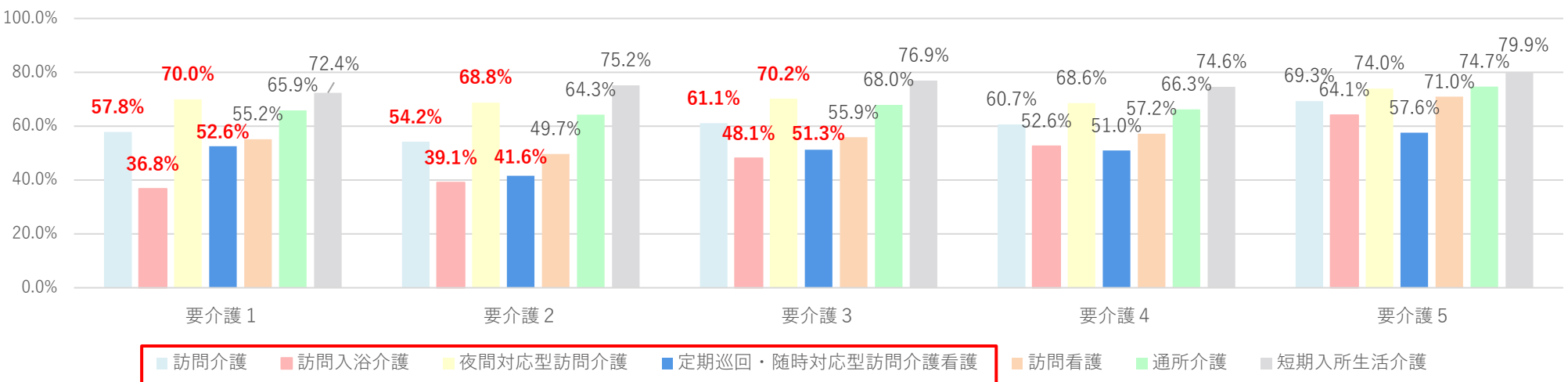
訪問系サービス利用者に占める認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合（要介護度別）

- 訪問系サービス利用者の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合を比較すると、平成25年、令和4年では共に、夜間対応型訪問介護が最多であった。
- また、平成25年から令和4年にかけて、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合は、要介護1～3で増加傾向。

・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合（平成25年）



・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合（令和4年）

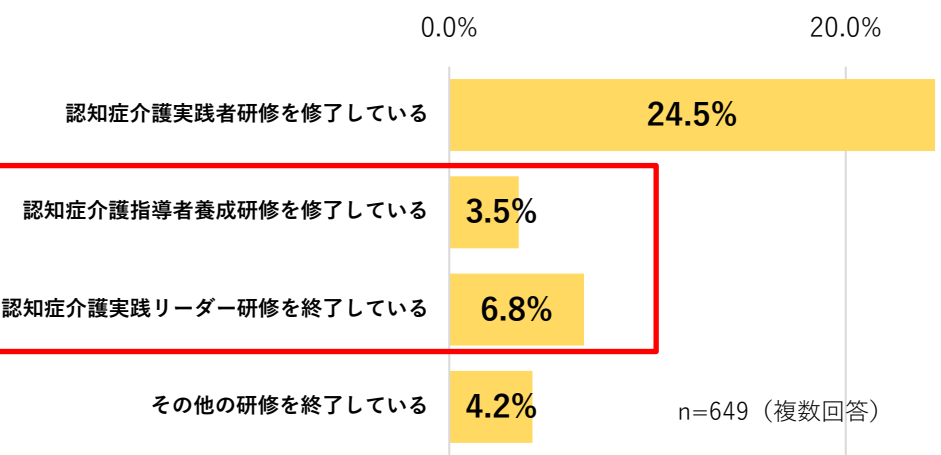


訪問介護 認知症介護に係る研修の受講状況等

- 認知症専門ケア加算未算定事業所における認知症介護に係る研修の修了者を配置している事業所については、「認知症介護実践リーダー研修を修了している」が6.8%、「認知症介護指導者養成研修を修了している」が3.5%であり、研修修了者を配置している事業所では、それぞれ平均で1人程度の配置がある状況。
- また、認知症の症状のある利用者へのサービス提供について事業所として取り組んでいることについては、職員間等での情報共有、研修の実施に取り組んでいる状況であった。

■ 認知症介護に係る研修の修了者を配置している事業所 (※認知症専門ケア加算未算定事業所)

■ 認知症介護に係る研修の修了者数



	事業所数	合計人数	平均人数
認知症介護実践者研修を修了している	159	271	1.7
認知症介護指導者養成研修を修了している	23	30	1.3
認知症介護実践リーダー研修を修了している	44	50	1.1
その他の研修を修了している	27	219	8.1

■ 認知症の症状のある利用者へのサービス提供について事業所として取り組んでいること (※認知症専門ケア加算未算定事業所)

具体的な内容

- **職員間等での情報共有**
 - 利用者の様子や言動をこまめに記録・報告を行い、職員間・ケアマネジャーや関係事業所等と共有
- **研修の実施**
 - 事例検討会や事業所内研修等を実施

論点③ 認知症の行動・心理症状への対応及び認知症の評価尺度の活用

論点

- 平成21年度介護報酬改定において「認知症行動・心理症状緊急対応加算」が創設されており、緊急に短期入所生活介護等を利用する必要があると医師が判断した利用者に対して、介護支援専門員等と連携し受け入れ・サービスを開始した場合に算定可能となっている。前回報酬改定においても、多機能系サービスに同加算を新たに創設したところ。
- 一方で、認知症の方の尊厳を重視し、本人主体の生活を支援するためには、BPSDの発現を未然に防ぐことやBPSDの予防に資する平時からの取組みが重要であるところ、平時の体制整備等については評価されていない。
- また、認知症施策推進大綱においても、医療・介護の手法の普及・開発の一つに、「行動心理症状（BPSD）への適切な対応」が重要である旨示しているほか、令和3年度介護給付費分科会審議報告「認知症への対応力向上等に向けた取組の推進」にて、「行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべき」とされているところ。
- さらに、同時報酬改定意見交換会においても、「BPSDを未然に防ぐ適切なケア、あるいはBPSD出現時に早期に対応する適切なケア等、良質な認知症ケアをどのように医療・介護現場で普及・実践していくかが課題」、「認知症の方の尊厳を守る上でも、認知機能の残存能力を適切に測る指標が必要」と言及があったところ。
- 令和3年度から老健事業において、BPSDを未然に防止する効果、軽減・再発を防止するケアを実践するための有効な評価方法や体制および実践方法の検討や、介護現場で活用可能な認知機能、生活機能を総合的に評価する認知症の評価尺度のあり方について検討を行い、現場における効果検証を行っているところ。評価尺度については、現場における検証がまだ一部のサービスに留まっており、引き続き検証が必要ではあるものの、日常生活自立度との有意な相関があることがわかっている。
- 以上を踏まえ、今後のBPSDに係る加算の在り方や、認知症の評価尺度の今後の多様な活用も含め、整理・検討していく必要がある。

対応案

- BPSDの発現を未然に防ぐため、あるいはBPSD出現時に早期に対応する適切な認知症ケアに向けて、現行の認知症行動・心理症状緊急対応加算に加え、平時から予防に資する取組みを評価する新規加算を創設してはどうか。
- 老健事業で検討している認知症の評価尺度について、更なるエビデンス収集を図り、現場における多様な活用やLIFEにおける活用を検討してはどうか。

論点③ 認知症の行動・心理症状への対応（要件イメージ案）

単位数・算定要件（案）

- BPSDチームケア加算は、BPSDの予防に資するケアを実施するための知識・技術を有する一定の研修を修了した者が配置され、認知症（日常生活自立度Ⅱ以上）の利用者に対し、BPSDの予防のためのケア計画に基づくチームケアが継続して実施された場合、1月につき算定するもの。

	BPSDチームケア加算Ⅰ（仮称）	BPSDチームケア加算Ⅱ（仮称）
対象施設	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護	
単位数(※5)	○単位/月	○単位/月
算定要件等	<ul style="list-style-type: none"> ・ BPSDの予防に資する認知症介護に係る専門的な研修(※1)を修了した者を1名以上配置していること。 ・ 配置された者が、事業所内において、BPSDの予防に資する認知症ケアの指導を実施していること。 ・ 日常生活自立度Ⅱ以上の利用者に対し、配置された者が、別途国が定める評価指標(※4)を用いて、計画的にBPSDの客観的評価を行い、複数名でチームを組みBPSDの予防に資するケアを提供していること。 ・ チームケアの実施について、計画的な評価・見直し、事例検討を行っていること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ BPSDの予防に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修(※2)を修了した者を1名以上配置 または ・ BPSDの予防に資する認知症介護に係る専門的な研修(※1)を修了かつ別途国が指定するBPSDの予防に資するケアプログラムを含んだ研修(※3)を修了した者を1名以上配置していること。 ・ 配置された者が、事業所内において、BPSDの予防に資する認知症ケアの指導を実施していること。 ・ 日常生活自立度Ⅱ以上の利用者に対し、配置された者が、別途国が定める評価指標(※4)を用いて、計画的にBPSDの客観的評価を行い、複数名でチームを組みBPSDの予防に資するケアを提供していること。 ・ チームケアの実施について、計画的な評価・見直し、事例検討を行い、さらに職員に定期的なBPSDの予防に資するケアの指導を行っていること。

※1) 認知症介護実践リーダー研修のカリキュラムにBPSD予防に資する内容を含む改訂を行う方向で検討

※2) 認知症介護指導者養成研修のカリキュラムにBPSD予防に資する内容を含む改訂を行う方向で検討

※1・2の改定前カリキュラムの研修修了者及び認知症看護に係る適切な研修修了者は、BPSD予防に資する内容の追加受講で要件を満たす方向で検討

※3) 日本版BPSDケアプログラム研修等（認知症介護研究・研修東京センターもしくは東京都の実施するもの）を想定。なお、日本版BPSDケアプログラム研修を受講済みの者で、認知症介護実践リーダー研修又は認知症看護に係る適切な研修を修了していない者は、別途の措置を検討

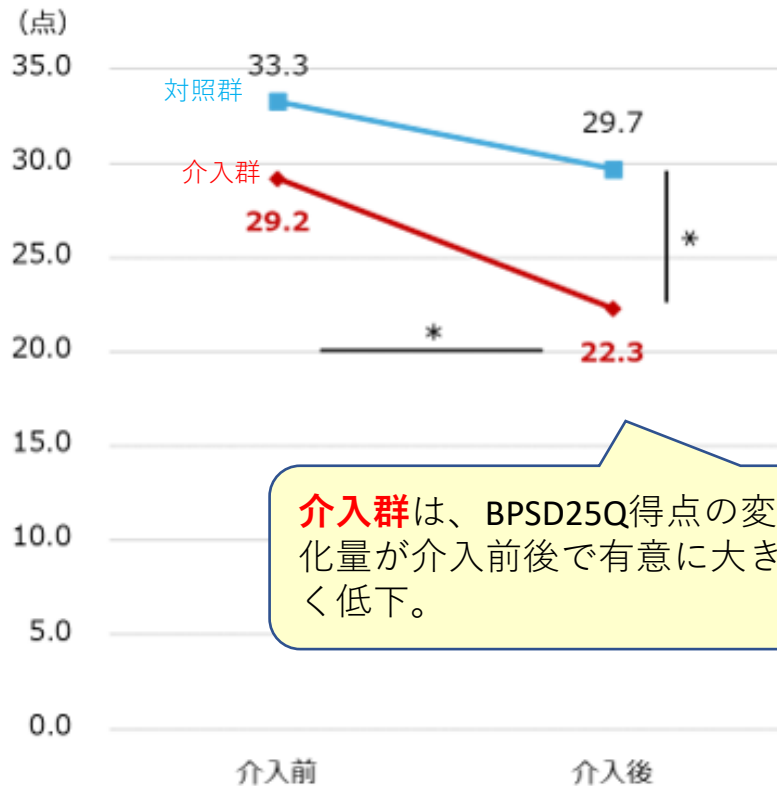
※4) NPI-NH、BPSDQ25等を想定。なお、管理者はBPSDを予防・軽減する体制を構築し尊厳あるケアを提供を行うことを施設方針として明示すること。該当研修や評価については、別途通知等で示す。

※5) ⅠとⅡは併算定不可。また認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱとの併算定も不可

認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究①

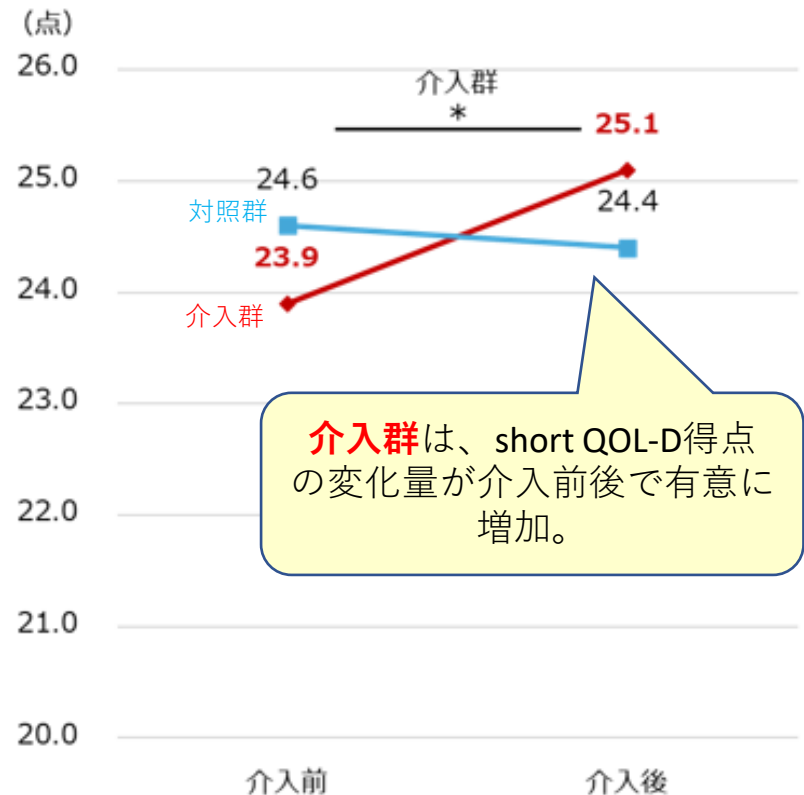
- 全国の施設・事業所を利用する認知症の人を対象に、「BPSDの客観的評価」、「全人的アセスメント」「Plan-Do-Check-Act（PDCA）サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群で変化を比較。
- 比較には、25項目のBPSDの状態を数値化したBPSD25Q（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version）および認知症高齢者の健康関連QOLを評価するShort QOL-D（The short version of QOL questionnaire for Dementia）を用いた。
- BPSD25Qについては、介入群において得点が介入前後で有意に低下し、Short QOL-Dについては、介入群において得点の変化量が有意に高かった。

BPSD25Qの介入前後における得点の変化



介入群は、BPSD25Q得点の変化量が介入前後で有意に大きく低下。

Short QOL-Dの介入前後における得点の変化

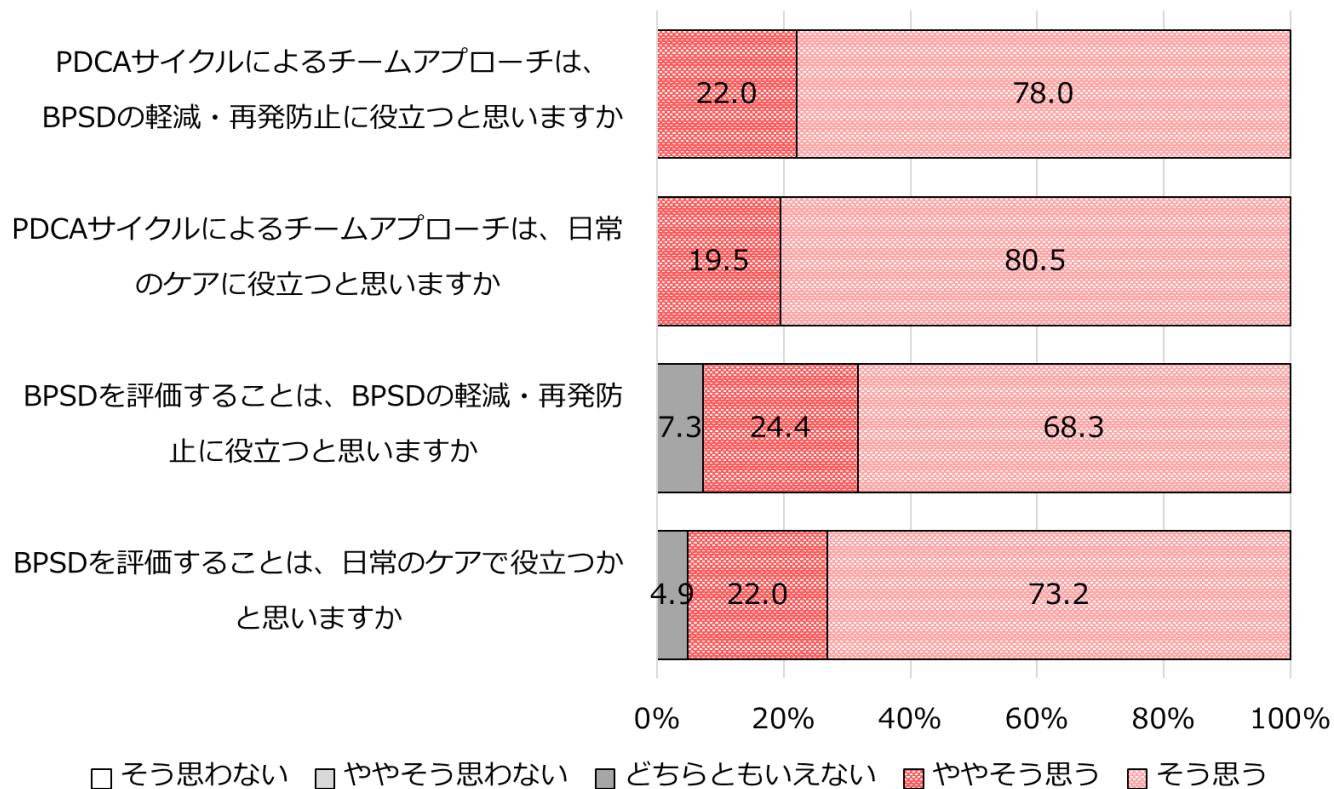


介入群は、short QOL-D得点の変化量が介入前後で有意に増加。

認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究②

- 介入後に職員に対して、BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有効性および、介入群で活用した「本人に聞き取る7項目」について尋ねた。
- 介護職員にとって、BPSD評価やPDCAサイクルによるチームアプローチは日常のケアやBPSDの軽減・再発防止に役立つと思う割合は90%以上だった。
- BPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチがBPSDの軽減に有効であることがわかった。

BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有用性



「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

事業の背景と目的

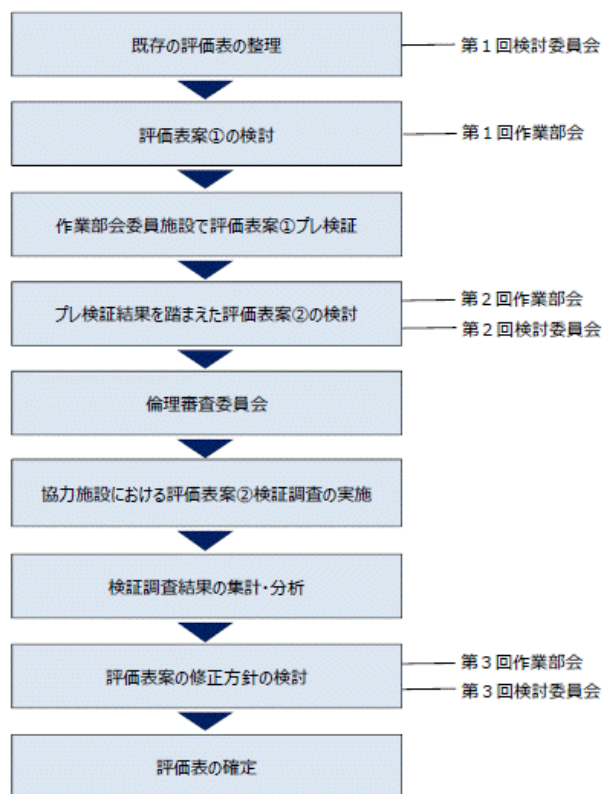
認知症患者が600~700万人いるといわれる中、介護の現場では、認知症の認知機能・生活機能を簡便に、かつ短時間で評価できるような指標は存在しない。そこで、本事業においては、既存の文献等をもとに、介護現場で活用できる認知機能・生活機能の評価指標を検討し、評価表として検証を行うことを目的とした。

事業の概要

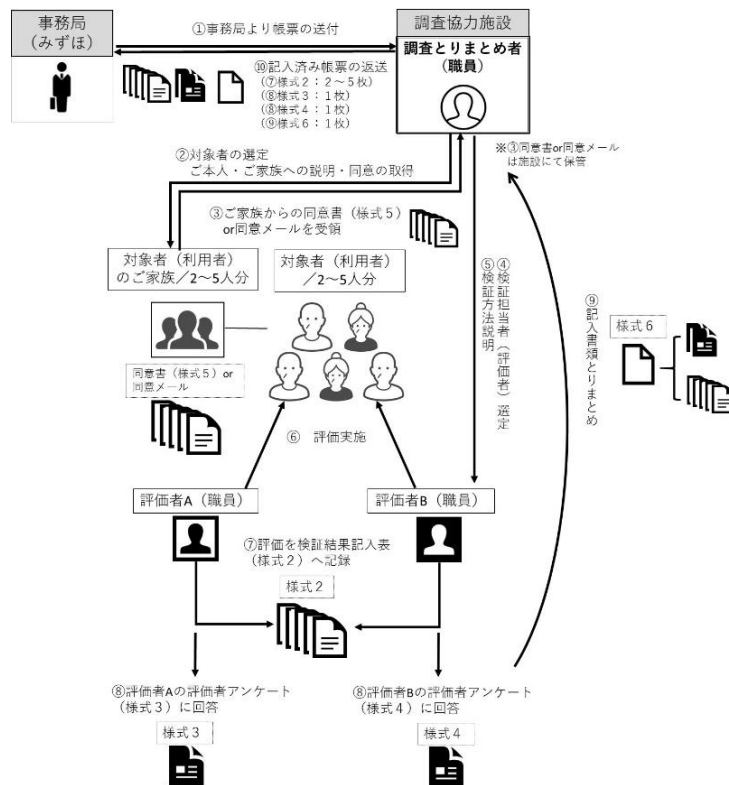
簡便な認知機能・生活機能の評価表案の作成に当たっては、検討委員会並びに作業部会を設置した。既存の各評価表の評価項目ごとの整理、プレ調査を経て、いずれの項目を採用するかについて、作業部会、並びに検討委員会において議論した。

作成された評価表案(事前質問2項目、認知機能を測る5段階評価による6項目)を用いて、令和5年1月に介護老人保健施設(47施設)、介護老人福祉施設(38施設)、認知症グループホーム(22施設)を対象に、検証調査を実施した。現場職員の方々に評価表案を試行的に使用いただき、対象となる認知症高齢者の評価結果や評価した職員の感想をもって、評価表の信頼性・妥当性を検証した。

【評価表案の作成プロセス】



【検証作業フロー図】



検討委員会 構成員 (○: 座長、敬称略、50音順)	
秋下 雅弘	東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻加齢医学講座 教授 (日本老年医学会理事長)
○栗田 圭一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 参与
櫻井 孝	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 研究所長
繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学精神医学講座 教授 (日本認知症ケア学会理事長)
田中 稔久	三重大学医学部神経・筋病態学講座 教授 (日本老年精神医学会元理事・評議員、日本精神神経学会)
田邊 恒一	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 理事
中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
藤本 直規	医療法人 藤本クリニック 理事長 (日本認知症学会名誉理事)
山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター センター長
山田 正仁	九段坂病院 院長 (日本神経学会認知症セクションチーフ)
和田 健二	川崎医科大学認知症学 教授 (日本神経治療学会評議員)

(令和4年度老健事業) 「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

※令和5年度においても引き続き調査を実施

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料1

評価表について

事業結果の概要

検証調査では最終的に**82施設**にご協力いただき、検証対象高齢者数は**358名**、評価者は**216名**であった。認知機能に関する各項目の評価結果は、評価者間の**一致率は69.7%~93.8%**、「**回答しやすかった**」人の割合は**50.8%~88.9%**であった。また、各項目の合計点数については、認知機能が高いほど点数が高くなるように設定したところ、要介護度別、認知症高齢者の日常生活自立度別に重度化するにつれて、点数が低下していた。

信頼性・妥当性について検証したところ、各検証項目について信頼性・妥当性があることを確認できた。

評価表案による評価についての検証結果では、**評価に要した時間は平均7.2分**であり、簡便に評価できるものとなっていた。また「今回の評価表案による評価結果が、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか」については、「**2. ある程度そう思う**」が44.7%であった。

今年度の事業では、施設入所者を対象に信頼性・妥当性の検証を行い、事前設問2項目（意識混濁の有無、みまもりの必要性）、認知機能を測る項目6項目（近時記憶（場所）、近時記憶（出来事）、見当識、コミュニケーション、服薬、更衣）の評価表の開発を行った。

【施設種類別検証調査対象者数】

		計	老人保健施設	特別養護老人ホーム	グループホーム
信頼時点	協力施設	107施設	47施設	38施設	22施設
	施設当たりの協力利用者数	—	5人	5人	2~5人
	検証対象高齢者数	500人	200人	200人	100人
回収時点	協力施設	82施設	34施設	29施設	19施設
		76.6%	72.3%	76.3%	86.4%
	検証対象高齢者数	358/500人	154/200人	132/200人	72/100人
		71.6%	77.0%	66.0%	72.0%

【評価表案（一部抜粋）】

認知機能に関する評価表案

認知機能の評価の前に、以下の項目について、事前にご確認ください。

①-1 事前質問 (意識レベル) 意識混濁(意識レベルが変動し、日中もうろうつしたり、極度に注意力・集中力のない時間帯がある)にありますか。

1. いいえ 2. はい (この場合は、せん妄やレビー-小体型認知症等のため、意識混濁である場合もありますので、別の機会に再度評価をお願いします。また、別途医師等に対処についてご相談をすることを勧めます。

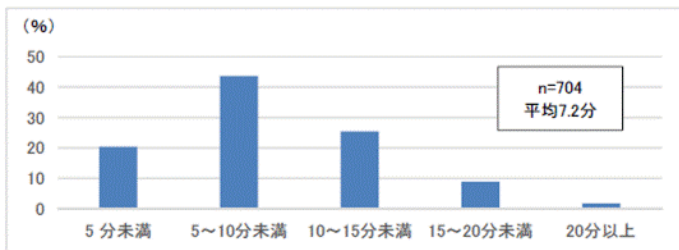
①-2 事前質問 (みまもりの必要性) 日常生活で安全に過ごすためには、どの程度ほかの人によるみまもりが必要ですか。

1. みまもらなくても必要なく過ごすことができる 2. 1日1回様子を確かしてもらえば、一人で過ごすことができる 3. 半日(3時間)程度であれば、みまもらなくても過ごすことができる 4. 30分程度ならみまもらなくても一人で過ごすことができる 5. 常にみまもりが必要である

5. forgot the item myself

※施設数の構成比は、依頼施設数に対する割合、検証対象高齢者数は、目標に対する割合

【評価に要した時間】



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料

認知症に関連した加算の概要①

○ 認知症に関連した加算の概要は、次の(1)～(5)のとおり。

(1) 認知症の行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価

- ① 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

→医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行ったことについて評価。

◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

- ② 若年性認知症利用者受入加算 (通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護※、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)
若年性認知症入所者受入加算 (地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護)
若年性認知症患者受入加算 (介護療養型医療施設、介護医療院)

→若年性認知症者を受け入れ、受け入れた利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じた介護サービスを提供することについて評価。

◆ 通所： 60単位/日

◆ 入所等： 120単位/日 (※ 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所短期入所療養介護費については60単位/日)

(2) 認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

- ③ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (通所リハビリテーション、介護老人保健施設)

→認知症の利用者及び入所者に対して生活機能の改善を目的に実施される短期集中的な個別リハビリテーションの実施を評価。

◆ 通所リハビリテーション (Ⅰ) 240単位/日 (週2日まで)

◆ 通所リハビリテーション (Ⅱ) 1,920単位/月【退院(所)または通所開始日から3月以内】

◆ 介護老人保健施設 240単位/日 (週3日まで)【入所(院)の日から3月以内】

認知症に関連した加算の概要②

(3) 医療ニーズ等への対応の評価

④ 精神科を担当する医師に係る加算（介護老人福祉施設、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護）

→認知症である入所者（医師が認知症と診断した者等）が全入所者の3分の1以上を占める場合において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

◆ 5単位/日

⑤ 認知症情報提供加算（介護老人保健施設）

→認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症のおそれのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

◆ 350単位/回（1回を限度）

⑥ 医療連携体制加算（認知症対応型共同生活介護）

→環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 医療連携体制加算（Ⅰ）39単位/日、医療連携体制加算（Ⅱ）49単位/日、医療連携体制加算（Ⅲ）59単位/日

⑦ 重度認知症疾患療養体制加算（短期入所療養介護、介護医療院）

→入所者等が全て認知症の確定診断を受けており、2分の1以上が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲb以上、またはⅣの場合に、近隣の精神科病院と連携し、専門的なサービスを提供することを評価。

◆ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）（一）要介護1又は要介護2 140単位/日、（二）要介護3～5 40単位（自立度Ⅲb以上）

◆ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）（一）要介護1又は要介護2 200単位/日、（二）要介護3～5 100単位（自立度Ⅳ以上）

(4) 専門的なケア提供体制に対する評価

⑧ 認知症専門ケア加算（訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）

◇ 厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所等について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日
（算定要件）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該事業所等の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日
（算定要件）

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所等全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を予定

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑨ 認知症ケア加算（短期入所療養介護（介護老人保健施設）、介護老人保健施設）

認知症専門病棟において日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護保健施設サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 76単位/日

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑩ 認知症加算（通所介護、地域密着型通所介護）

厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して通所介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 60単位/日

（加算要件）

- ・ 看護職員又は介護職員を人員基準に規定する員数に加え、常勤換算方法で2以上確保していること。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上
- ・ 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の修了者を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置していること。

⑪ 認知症加算（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービス等の提供を行うことを評価。

- ◆ 認知症加算（Ⅰ） 800単位/月 （認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）
- ◆ 認知症加算（Ⅱ） 500単位/月 （要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者）

各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料 1

サービスの種類	サービス名称	利用者数										Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上/総数) ※不詳除く	
		総数	認知症高齢者の日常生活自立度										
			自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不詳		
訪問	訪問介護	1,050,942	77,385	150,464	148,745	261,957	138,594	24,898	27,307	2,526	219,066	23.2%	
	訪問入浴介護	66,749	8,203	9,714	4,539	10,189	11,583	2,379	7,476	789	11,877	40.5%	
	訪問看護	600,025	53,001	91,763	74,762	141,852	77,501	14,163	21,261	1,697	124,025	24.1%	
	訪問リハビリテーション	114,211	16,895	23,756	14,710	22,088	10,519	1,653	2,889	241	21,460	16.5%	
	夜間対応型訪問介護	7,048	732	1,314	825	1,341	827	211	227	37	1,534	23.6%	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	35,839	1,353	3,781	4,880	10,643	6,275	1,004	1,338	94	6,471	29.7%	
通所	通所介護	1,139,374	52,102	139,615	176,563	353,324	160,979	27,573	19,745	1,273	208,200	22.5%	
	地域密着型通所介護	410,678	21,082	50,938	64,316	123,408	53,955	9,328	6,507	461	80,683	21.3%	
	認知症対応型通所介護	48,453	151	890	3,626	15,023	14,622	3,058	3,435	230	7,418	52.0%	
	通所リハビリテーション	412,737	40,056	78,869	69,799	103,842	34,121	5,114	3,536	264	77,136	12.8%	
多機能	小規模多機能型居宅介護	99,467	2,257	7,792	13,036	33,867	23,601	4,110	3,808	197	10,799	35.8%	
	看護小規模多機能型居宅介護	18,462	806	1,913	1,923	4,933	4,155	790	1,366	98	2,478	40.1%	
施設・居住	短期入所生活介護	277,309	7,736	23,634	28,772	82,521	69,525	14,197	11,305	605	39,014	40.1%	
	認知症対応型共同生活介護	209,284	446	2,987	13,057	62,749	73,465	15,152	16,189	735	24,504	57.1%	
	特定施設入居者生活介護	229,139	6,872	21,668	25,112	65,763	52,039	9,115	12,713	807	35,050	38.5%	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	8,093	137	624	940	2,265	1,898	366	396	23	1,444	40.4%	
	介護老人福祉施設サービス	565,128	6,511	21,283	23,333	86,126	198,498	43,316	82,559	4,222	99,280	70.5%	
	地域密着型介護老人福祉施設	63,278	737	2,499	2,842	9,761	23,052	5,141	9,559	443	9,244	70.7%	
	介護老人保健施設サービス	338,619	9,048	29,028	31,114	83,330	85,661	16,592	23,836	1,285	58,725	45.5%	
	介護療養型医療施設サービス	6,827	74	220	219	679	1,715	362	1,928	182	1,448	77.8%	
	介護医療院サービス	42,105	623	1,868	1,811	5,043	11,044	2,356	10,892	813	7,655	72.9%	

出典: 介護保険総合データベース任意集計(令和4年12月審査分)

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料 1

	認知症介護指導者養成研修	認知症介護実践リーダー研修	認知症介護実践者研修	認知症対応型サービス事業管理者研修	認知症対応型サービス事業開設者研修	小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修
実施主体	都道府県・市町村（認知症介護研究・研修センターに委託）	都道府県・市町村		都道府県・指定都市		
補助率等	自治体一般財源			2 / 3 地域医療介護総合確保基金		
研修対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、保健師、看護師等の資格を有する者又はこれに準ずる者 ・認知症介護実践研修修了者又はそれと同等の能力を有する者 ・地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者等 	介護保険施設等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であり、ケアチームのリーダー（予定含む）であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者	認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者で、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であり、概ね実務経験2年程度の者	認知症対応型サービス事業の管理者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者	認知症対応型サービス事業の代表者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力の習得するためのもの	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	認知症対応型サービス事業所を管理・運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの
研修時間	<標準> 講義・演習：112時間 （うち30時間はオンライン研修） 実習：職場実習5週間 他施設・事業所実習21時間	<標準> 講義・演習：31時間 実習：課題設定240分 職場実習：4週間 実習のまとめ：420分	<標準> 講義・演習：24時間 実習：課題設定240分 職場実習：4週間 実習のまとめ：180分	講義：9時間	講義・演習：6時間 職場体験：8時間	講義：9時間
指定基準の要件、加算等	【加算】 認知症専門ケア加算Ⅱの算定要件 （※認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たした上で、指導者を配置した場合に算定が可能）	【基準】 GHの短期利用の人員基準要件 【加算】 認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件 （リーダー研修修了者を対象者の数に応じて配置）	【基準】 ①GH、小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者研修受講のための要件となっている。	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者には受講義務付け	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能の開設者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け

2. (1)① 認知症専門ケア加算等の見直し(令和3年度介護報酬改定)

概要

【ア：訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★ イ：ア及び、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 認知症専門ケア加算等について、各介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、以下の見直しを行う。
- ア 訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、他のサービスと同様に、認知症専門ケア加算を新たに創設する。【告示改正】
- イ 認知症専門ケア加算（通所介護、地域密着型通所介護においては認知症加算）の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修（※1）を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師（※2）を、加算の配置要件の対象に加える。【通知改正】
- なお、上記の専門研修については、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

※1 認知症ケアに関する専門研修

認知症専門ケア加算（Ⅰ）:認知症介護実践リーダー研修

認知症専門ケア加算（Ⅱ）:認知症介護指導者養成研修

認知症加算:認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修

※2 認知症ケアに関する専門性の高い看護師

①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

単位数

アについては、以下のとおり。
イについては、単位数の変更はなし。

<現行>

なし

⇒

<改定後>

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 (新設) ※

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 (新設) ※

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護（Ⅱ）については、認知症専門ケア加算（Ⅰ）90単位/月、認知症専門ケア加算（Ⅱ）120単位/月

算定要件等

アについては、以下のとおり。
イについては、概要欄のとおり。

<認知症専門ケア加算（Ⅰ）>（※既往要件と同）

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上
- 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催

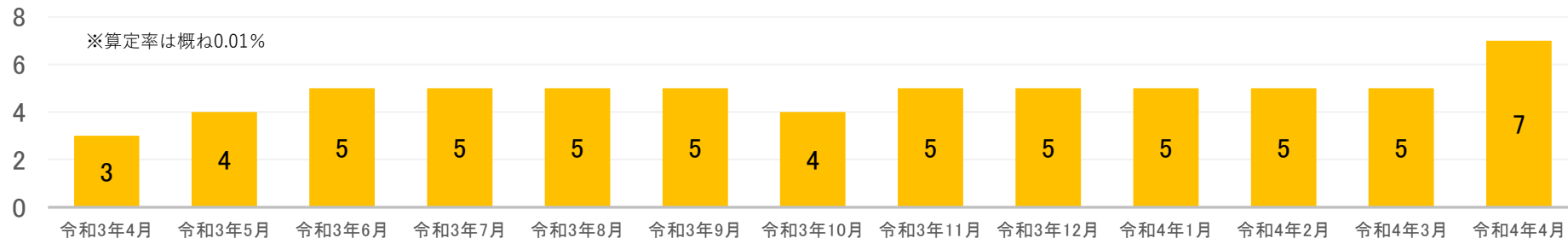
<認知症専門ケア加算（Ⅱ）>（※既往要件と同）

- 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

認知症専門ケア加算の算定状況

- 令和3年4月からの1年間における認知症専門ケア加算の算定状況は非常に低い水準で推移しており、訪問介護は加算（Ⅰ）が概ね0.01%の算定率で推移しており、加算（Ⅱ）は算定実績なし、定期巡回は加算（Ⅰ）は概ね0.7%、（Ⅱ）は概ね0.3%～0.4%で推移している。
- また、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護は算定実績がない状況。

■訪問介護 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定事業所数 ※認知症専門ケア加算（Ⅱ）は算定実績なし。

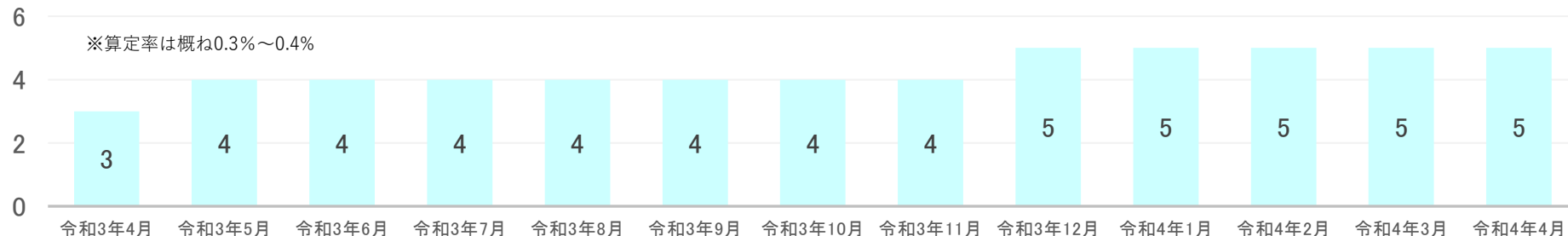


■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定事業所数



認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定事業所数



※訪問入浴介護及び夜間対応型訪問介護は認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）とも算定なし。

※介護給付費等実態統計（サービス提供月）より作成

(参考)共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料1

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域**において**安全**にかつ**安心**して**自立した日常生活**を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ **認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く**国民が享受できる環境を整備**。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上の措置**その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5.基本的施策

- ①【**認知症の人に関する国民の理解の増進等**】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【**認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進**】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【**認知症の人の社会参加の機会の確保等**】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【**認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護**】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【**保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等**】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【**相談体制の整備等**】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【**研究等の推進等**】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
 - ⑧【**認知症の予防等**】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

論点①

- 平成21年度介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護の利用者ニーズに対応するため、認知症高齢者等への対応に対する評価として、認知症加算を創設したところ。
- 認知症加算の算定率（※）は事業所ベースで、（Ⅰ）92.3%（39.5%：利用者ベース）、（Ⅱ）70.5%（9.3%：利用者ベース）と多くの事業所が算定を行っている。
※ 介護給付費等実態統計（令和4年4月審査分）（利用者ベースについては、老健局認知症施策・地域介護推進課にて算出）
- また、小規模多機能型居宅介護は、中重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、24時間365日の在宅生活を支援するサービスとして、その機能・役割を果たしてきたところであり、近年サービス利用者のうち認知症高齢者の割合は増加傾向にある。
- 他方、認知症の重度化や家族介護の負担増加により、サービス利用を終了する利用者も一定数いる状況。
- こうした状況を踏まえ、小規模多機能型居宅介護における認知症対応力を更に強化していくために、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 小規模多機能型居宅介護の利用者における認知症高齢者の割合が増加傾向にある中で、認知症が重度化した際には、施設・居住系サービスへ移行している状況であることを踏まえ、サービスに期待される機能・役割を強化していく必要がある。
- このため、認知症対応力の更なる強化を図る観点から、現行の認知症加算の取組に加えて、認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修の実施等を行っていることについて新たに評価することとしてはどうか。
※ 看護小規模多機能型居宅介護も同様にしてはどうか。
- また、新設する区分の取組を促す観点から、現行の単位数は見直してはどうか。